



फार्म II  
कोल इण्डिया लिमिटेड  
चिकित्सा खर्च के प्रतिपूर्ति हेतु आवेदन

डिवीजन/विंग.....

कार्ड/स्टॉफ नं.....

श्री..... पदनाम.....

सं.	तारीख	नाम और सम्बन्ध	डॉक्टर का नाम और रजिस्ट्रेशन नं.	अवधि के साथ चिकित्सा का स्थान	व्यय राशि	कुल	टिप्पणी
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

मैं यह प्रमाणित करता हूँ कि इस आवेदन में दिए गए विवरण सत्य है, जिनके चिकित्सा के लिए खर्च किया गया है वे हकदार सदस्य हैं और चिकित्सा उपस्थिति नियम अन्तर्गत चिकित्सा खर्च की प्रतिपूर्ति के प्राप्ति हेतु हकदार है।

नियंत्रण अधिकारी पदनाम

संलग्नक - नुस्खा रसीद और कैशमेमो इत्यादि

तारीख के साथ कर्मचारी के हस्ताक्षर

कृपया श्री.....को ..... रुपये ( अक्षरों में..... ) का लेखा अदायगी चेक/नकद भुगतान

नामे खाता..... जमा खाता.....में करें।

रुपए.....का चेक नं.....दिनांक.....को जारी किया गया।

.....रुपए ( अक्षरों में..... ) प्राप्त हुए।

दावेदार का हस्ताक्षर

लेखाधिकारी ( बी )